

К вопросу о желчнопузырно-желудочном соустье.

(Сообщено в Обществе Врачей при Казанском Университете 10 мая 1923 года).

С. А. Флорова.

Сдавливание увеличенной поджелудочной железой общего желчного протока, с последующей обструкционной желтухой, представляет собою одно из интереснейших явлений соответствующей области хирургии, а потому, для иллюстрации его, мы приведем следующий конкретный случай:

Б-ая Т., 25 лет, переведена к нам из Диагностической Клиники проф. П. Н. Николаева 18/IV с. г. с диагнозом обструкционной желтухи. Замужняя, имела одну беременность, закончившуюся нормально. В детстве перенесла брюшной тиф, других болезней не было. Считает себя больной с марта с. г., когда она промочила ноги, и после этого у ней постепенно развивалась желтуха, которая не проходила в течение 3 недель, не сопровождаясь никакими болями; затем следовал недельный перерыв и после него снова желтуха, но на этот раз с умеренной интенсивности болями колющего характера, возникшими то в левом, то в правом подреберье и наступавшими после еды.

Пациентка среднего роста, ослабленного питания. Кожа, слизистые и склеры резко желтушны. Испражнения бесцветны. Сердце и легкие нормальны. Селезенка не прощупывается. Прощупывается правая подвижная почка. Нижний край печени остр, плотноват, выступает из-под реберной дуги по сосковой линии на 2 пальца, по средней линии находится посредине между пупком и мечем. Весь орган при ощупывании слегка болезнен. *Curvatura major* желудка определяется на 3 пальца над пупком. Кровь: Нв. 85%, E=4,100,000, L=6200. Моча: уд. в. 1,007, белка и сахара нет, резкая реакция на желчные пигменты и уробилин. Желудочный сок по Ewald'y: ОК=48, своб. HCl=30; по Liebig'y: через 45' ОК=42, своб. HCl=28, через 1 ч. 15 мин. ОК=46, своб. HCl=36.

23/IV проф. А. В. Вишневским произведена под местной инфльтрационной анестезией $\frac{1}{2}\%$ новокаином с адреналином операция. Разрез брюшных покровов угловой по Bier'y. По вскрытии брюшной полости найдено следующее: желчный пузырь слегка нап-

ряжен, без изменений; как в нем самом, так и в желчных ходах камней не прощупывается; головка и тело pancreatis сильно увеличены, бугристы, плотны. Желчный пузырь опорожнен шприцем от желчи, после чего произведен анастомоз между ними и передней стенкой желудка, вблизи привратника. Отверстие анастомота было достаточное для пропускания мизинца.

Послеоперационное течение вполне гладкое. Боли прошли, стул немедленно принял нормальную окраску, желтуха пошла быстро на убыль, и на 13-й день больная выписалась из Клиники при хорошем самочувствии.

Приведенный случай интересен, главным образом, с точки зрения методики хирургического вмешательства, причем здесь, прежде всего, необходимо коснуться местной анестезии, которая у нашей больной, как и в ряде других желчных операций, произведенных в нашей Клинике, удалась превосходно. Анестезия эта здесь является крайне необходимой, так как мы знаем, что хлороформ понижает свертываемость крови, которая у желтушных больных и без того обычно понижена. Наблюдения из Клиники Mayo за 1918—1920 гг. показали, что при обструктивной желтухе половина смертей после операций произошла от кровотечения. Кроме того, хлороформ расслабляет тонус кишечника (Dragstedt, Journ. of the Am. Med. Ass., aug. 1922) с последующим застоем содержимого и аутоинтоксикацией, а рвота, наступающая после ингаляционного наркоза, несомненно, сказывается неблагоприятно на шве соустья.

В нашем случае имелось сдавление устья d. choledochi увеличенной и склерозированной головкой поджелудочной железы. Принимая во внимание молодой возраст больной, не хочется думать, чтобы мы здесь имели дело с карциномой, а не с хроническим панкреатитом, который трактуется Anspregger'ом, как lymphadenitis pancreatic, и который тоже может дать плотность, характеризующую немецкими авторами словами „steinhart“, или „eisenhart“ (Riedel). Впрочем фактически безразлично, с чем бы мы ни имели дело,—в том и другом случае необходимо было дать возможность выхода желчи в пищеварительные пути, т. е. сделать анастомоз желчного пузыря. С какой, однако, частью пищеварительного тракта и по какому методу?

Мы знаем, что анастомоз желчного пузыря делают с желудком, duodenum, jejunum и colon, а для того, чтобы кишечное содержимое не попадало в пузырь, придуманы способы игреко-образного анастомоза по принципу Roux, или с дополнительным соустьем между обоими коленами соответствующей кишечной петли.

Конечно, одной из первых забот оперирующего в подобных случаях должно быть наложение анастомоза при возможно асепти-

ческих условиях. С этой точки зрения менее приемлемым является анастомоз с jejunum и особенно с colon, а более желательным—с желудком и duodenum, как с такими отделами кишечного тракта, которые почти не содержат вирулентных микробов,—по выражению американского автора Wegelius'a (Journ. of the Am. Med. Ass., ang., 1922) практически от микробов свободны.

По тем же соображениям мы должны предпочесть желудок и duodenum и из-за опасения восходящей холагенной инфекции желчных путей. Но здесь приходится принимать во внимание тот сдвиг во взглядах на восходящую инфекцию, который произошел в последние годы в Европе и, в особенности, в Америке,—сдвиг, доходящий до крайности, т. е. до отрицания всякой восходящей холагенной инфекции желчных путей. Взамен предложена теория гэматогенной и лимфогенной инфекции. Rosenow заявляет, что 85% инфекций желчного пузыря гэматогенного происхождения, а по Mc-Carty инфекция желчных путей обычно начинается в печени. Вот почему, может быть, Mayo Robson и не имел особенно плохих результатов, производя анастомоз желчного пузыря с ободочной кишкой. Во всяком случае, если придерживаться пока середины между крайними течениями во взглядах на распространение инфекции желчных путей, то и тогда мы уже не должны опасаться восходящей инфекции в той мере, как опасались ее раньше, и не затягивать операции на желтушных больных применением сложных анастомозов, соглашаясь с Kehrig'ом, который говорит, что „das Einfachste bleibt stets das Beste“ (Neue Deut. Chir., 1913).

Что касается отведения желчи в более низко лежащие отделы кишечника, то об нем можно лишь сказать, что трудно представить себе что-либо более противифизиологическое, как подобное отведение, а с другой стороны трудно представить себе случай, где, из-за спаек, невозможно было бы наложить соустье выше. Желчное соустье необходимо накладывать возможно ближе к месту естественного впадения общего желчного протока для того, чтобы заставить и желчь, и duodenum нести ту функцию, которую они несут сообща при нормальных условиях. Кроме того, лишение duodeni желчи повело бы к ненормальному брожению в этой важной части кишечника. Roger (Ann. de l. Inst. Pasteur, 1915), в лаборатории Мечникова, выяснил, что желчь, хотя и не убивает совершенно микробов, но за то препятствует ферментации и благоприятствует одним видам микробов в ущерб другим.

К сожалению, duodenum тоже не может считаться наилучшим местом для соустья, так как представляет собою наиболее delicate-ный отдел кишечника,—такой отдел, который, придя, после нало-

жения на нем соустья, в состоянии пареза и стаза кишечного содержимого, может вызвать, хотя-бы временно, явления высокой кишечной непроходимости. Кроме того мы знаем, что где стаз, там и инфекция.

Принимая во внимание это последнее правило, мы должны накладывать соустье такой величины, чтобы желчь вытекала свободно, но и неслишком широкое, — иначе пища будет попадать в желчный пузырь. Конечно, точное определение величины отверстия — дело искусства и интуиции оперирующего.

Исходя из предыдущих соображений, приходится допустить, что анастомоз желчного пузыря с желудком есть наилучший анастомоз. Он в большинстве случаев удобоисполним, а стенки желудка достаточно прочны для того, чтобы не только обусловить прочность соустья, но и обеспечить для него надежный мышечный жом.

Те опасения, которые раздавались раньше относительно неприятных сторон попадания желчи в желудок, оказались, по последним литературным данным, неосновательными. Больные не чувствовали после такой операции никаких неудобств, а исследования желудочного сока не обнаруживали в желудке желчи. Последнее обстоятельство объясняют тем, что желчь из соустья, накладываемого обычно в препилорной области, немедленно стекает в *duodenum*. В нашем случае, впрочем, дело обстояло несколько иначе: на 15-й день после операции у больной чрез час после завтрака с булкой была выкачана из желудка жидкость слабо-зеленоватого цвета с положительной реакцией на желчные пигменты. Булка хорошо химифицировалась, ОК—44, своб. HCl—22. Таким образом небольшая примесь в желудке желчи, очевидно, нашей больной не вредила.

Приверженцами соустья на желудке являются Kehr (о. с.), Hildebrandt, Kümmel, Delagénière, Jaboulay, Lejar, Quenu и др., и все они заявляют, что инфекцию желчных путей видели после операции очень редко.

По статистическим данным Александрова, к 1918 году в литературе имелось 436 случаев соустья желчного пузыря с различными отделами желудочно-кишечного тракта, со смертностью в 23,6%. Более, чем вдвое, меньшая смертность (10,4%) имела место после анастомоза желчного пузыря с желудком. Таких операций Александров собрал 106, к которым мы присоединим и описанный нами случай.
